

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1960

THÈSE

N°

525

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Claude, Max, Moïse BEMBARON

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 7 Mars 1933, à BIZERTE (Tunisie)

présentée et soutenue publiquement le

L'ERYTHEME ALLERGIQUE
DU NOUVEAU-NÉ
ERYTHEMA NEONATORUM

Président : Monsieur VARANGOT (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI*

1960

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1960

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Claude, Max, Moïse BEMBARON

Né le 7 mars 1933 à Bizerte (Tunisie)

Externe des Hôpitaux de Paris

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-

L'ERYTHEME ALLERGIQUE DU NOUVEAU-NE

ERYTHEMA NEONATORUM

-:-

Président : Monsieur VARANGOT (Professeur)

-:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1960.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROCC (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LOEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHT (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR : Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	COFFIER (C)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
	(Beaujon SICARD (A)
	(Cochin QUENU (J)
Cliniques chirurgicales	(Hôtel-Dieu
	(Saint-Antoine GOSSET (J)
	(Salpêtrière MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

MM.

Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais GENNES (L. de)
	(Cochin JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu BARIETY (M)
	(Lariboisière SOULIE (P)
	(Pitié DREYFUS (G)
	(St-Antoine KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal N...
obstétricales	(Tarnier VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOLLE (H)

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale ch. à t.pers.	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C) (COUINAUD (C) (OLIVIER (G) (GAUTHIER-VILLARS ((Melle P) pr. s.ch. (BUSSER (F)
Anatomie pathologique	(GOUYGOU (Ch) (ORCEL (L) (PAILLAS (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G) (NEVOT (A) pr.s.ch. (BARBIER (P)
Bactériologie	(CHRISTOL (D) (TOURNIER (P) (DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J) m.conf. (SCHAPIRA (G) m. conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F) m.conf. (DENOIX (F)
Carcinologie	(MATHE (G)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G) (DAUSSET (J) (COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M) (RACADOT (J)

	MM.
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J) pr.s.ch.
	(CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L) pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophthalmologie	(BREGEAT (P)
	(SARAUX (H)
Orthopédie	(JUDET (R)
	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
Parasitologie	(BRUMPT (LC) pr.s.ch.
	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P.)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.pers.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)

MM.

Pathologie expérimentale	(PLAS (F) (RICHET (G) (AUSSANNAIRE (M) (BOUR (H) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CASTAIGNE (P) m.conf. (CATINAT (J) (CONTAMIN (F) (COURY (C) (FREZAL (J) (HOUSSET (E) (LAROCHE (Cl) (LESOBRE (R) (MACREZ (C) (NICK (J) (PEQUIGNOT (H) m.conf. (ROYER (P) (WOLFROMM (R) (JOSEPH (R) (MANDE (R) (MOZZICONACCI (P) (POLONOVSKI (C) (ROSSIER (A) (LEVY (Melle J) pr.s.ch.
Pathologie médicale	(BOISSIER (J) (LECHAT (P) (PARROT (J) pr.s.ch. (DEJOURS (P) (GOUGEROT (L) m.conf. (KELLERSHON
Pédiatrie-Puériculture	(KREIS (B) (PICHOT (P) (DUCHE (D) (DELBARRE (F) (CERNEA (P) (CHAPUT (Mme A) m.c.agr. (GRELLET (M) (CHASSAGNE (P) (LAMOTTE (M) (QUENU (L)
Pharmacologie	
Physiologie	
Physique médicale	
Pneumo-phthisiologie	
Psychiatrie	
Psychiatrie infantile	
Rhumatologie	
Stomatologie	
Thérapeutique	
Urologie	

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES
DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
	(LEGER (L)	Clinique obsté-	(LEPAGE (F)
	(OLIVIER (C)	tricale.....	(MAYER (M)
	(PADOVANI (P)		(MERGER (P)
Clinique médicale	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
	(CONTE (M)	trique et pué-	
	(DOMART (A)	riculture.....	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique.....	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique.....	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES
ETRANGERES

Bactériologie.....	MM. HAUDUROY (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	ETTORI (J) pr.à t.pers
Pathologie chirurgicale.....	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté.....	M. LENA (J)
Secrétaires.....	Mme BEURLAND (H), Melle CHAINTREUIL (G)
	Melle HURE (A)
Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque.....	M. le Dr. HAHN (A)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
Bibliothécaires	Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H)
	LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
tions qui lui seront présentées, doivent être considé-
rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père et à ma Mère,

Modeste témoignage de ma très
grande affection et de ma
reconnaissance pour les sa-
crifices qu'ils n'ont cessé
de faire pour nous.

A ma Soeur et à mon Frère,

A mon Beau-Frère,

A mes Tantes et Oncles.

A Marie-Thérèse

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur J. VARANGOT,

Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie.

Qui nous a fait le grand
honneur d'accepter la
présidence de cette thèse,

En hommage de respectueuse
reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Maurice MAYER,

Professeur Agrégé à la Faculté de
Médecine de Paris,

A Monsieur le Docteur DUCAS,

Ancien Chef de Clinique à la
Faculté de Médecine de Paris,

Guide et instigateur de
cette thèse,

Toute notre gratitude.

Au Personnel médical et hospitalier de
la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine
et des Hôpitaux de Paris,

Hommage respectueux.

A mon Jury de Thèse.

L'ERYTHEME ALLERGIQUE DU NOUVEAU-NE

ERYTHEMA NEONATORUM

- :-

INTRODUCTION

-:-

Il n'est pas rare d'avoir à observer au cours des premiers examens pratiqués chez les nouveau-nés dans les premiers jours et même les premières heures qui suivent leur naissance, des éruptions assez curieuses de type maculo-papuleux fugaces et sans signes généraux. Véritable rash survenant en dehors de toute affection, de tout trouble digestif.

Le plus souvent ces érythèmes néo-nataux disparaissent sans traitement et n'ont aucune répercussion sur l'état général de l'enfant.

Faute d'en connaître la nature nosologique exacte on peut cependant en leur présence être conduit à des erreurs d'interprétations fâcheuses, par le traitement anti-infectieux et le changement de régime qu'elles peuvent entraîner : attitude inutile voire même nocive.

Or si les traités classiques abondent en renseignements sur les différents types d'éruptions infectieuses qui peuvent s'observer au cours de la période néo-natale, ils sont par contre assez discrets sur ce type d'éruption et l'on conçoit dès lors que nombre de cliniciens puissent n'en pas reconnaître la valeur exacte.

Ayant eu l'occasion au cours de notre sé-

jour à l'hôpital Saint-Antoine d'en observer un assez grand nombre de cas, ceux-ci nous ont conduit à retrouver les circonstances de leur apparition et à rechercher les causes susceptibles de les expliquer.

A cette occasion différentes recherches bibliographiques nous ont permis de voir qu'ils avaient également intéressé d'autres auteurs et qu'il était possible de mieux définir le cadre nosologique de ces éruptions et d'ébaucher à leur sujet une certaine théorie pathogénique.

HISTORIQUE

--:

Nombreuses sont les publications qui ont été consacrées aux rash transitoires qui peuvent se manifester chez les nouveau-nés ; cependant, à la lecture, il semble qu'assez fréquemment des confusions se soient établies entre des types d'éruptions d'origine et de nature très différentes, et il n'est pas très aisé au milieu d'une terminologie extrêmement variable de déterminer les faits qui entrent dans le cadre de l'entité nosologique qui fait l'objet de notre étude.

Les Traités de Pédiatrie classiques mentionnent bien l'existence de nombreuses éruptions, dont les unes se manifestent au cours d'un syndrome infectieux suffisamment net pour qu'on puisse leur attribuer une étiologie microbienne que confirme parfois la mise en évidence de germes, dans les prélèvements effectués au niveau de ces lésions et dont les autres, par leur association à l'érythème d'un oedème plus ou moins important éveillent alors l'hypothèse d'intoxication médicamenteuse ou d'intolérance alimentaire.

Un exemple même de la confusion de syndromes divers à propos des érythèmes des nouveau-nés, nous est donné dans le rappel historique de J. HARRIS et BELA SCHICK qui, étudiant avant nous l'érythème neonatorum rappellent que ce dernier pourrait faire partie de toute une série d'affections décrites sous les

noms divers de "RED GUM" et "HIVES" des auteurs anglais et écossais de la fin du XVIIIème et du XIXème siècle ; Erythème papuleux de STEINER (1873) ; erythema dyspepticum de MORO (1910) ; erythema toxicum neonatorum de LEINER (1912) ; strophulus intertinctus de DEWEES (1926) ; erythema allergicum de MAYERHOFER (1927) et urticaria neonatorum de FINLAY et BOUND.

Il semble cependant que dans ces multiples descriptions certains faits répondent à des cadres nosologiques qui sont assez éloignés de ceux que J. HARRIS et B. SCHICK appellent erythema neonatorum, car ils constituent en réalité de simples manifestations cutanées d'un état allergique plus complexe qui s'accompagne alors à la fois d'autres signes cutanés (pustules et altérations de l'hémogramme (SCHICK), splénomégalie (AKERREN), hypoprothrombinémie et anémie (LEHNDORFF), etc... et qui sortent en fait du cadre de notre étude.

DESCRIPTION DE L'ERYTHEMA NEONATORUM

-:-

Par leur aspect, leurs caractères, leur évolution, les éruptions que nous avons pu observer ont concordé dans leurs grandes lignes avec la description donnée par Jérôme HARRIS et Bela SCHICK.

A titre d'exemple nous nous contenterons d'en signaler quelques cas :

1. Naissance à terme après un travail de 8 heures chez une primipare, liquide amniotique clair.

Rien le premier jour. La température normale.

Deuxième jour apparition brutale d'une éruption maculeuse siégeant surtout au niveau de la région dorso-lombaire.

Persiste le troisième jour, elle avait disparu le quatrième.

L'évolution pondérale était satisfaisante.

2. Deux heures après une naissance, on est appelé par l'infirmière qui signale un pimpligus chez le nouveau-né.

Il s'agissait d'un erythema neonatorum.

Grossesse normale - Accouchement laborieux.

Durée de travail prolongée 10 heures chez une secundipare.

Liquide amniotique clair.

Légère cyanose - Téguments très rouges.
Sur les joues petite éruption granitée entourée d'aréoles blanchâtres.

Pas de grosse rate, pas de signes nerveux.

Aucun élément vésiculeux proprement dit.

Mis sous surveillance, l'enfant offrait le lendemain l'éruption dans son aspect typique.

3. Une des plus belles éruptions a été notée au lendemain de sa naissance chez un nouveau-né dont la mère avait des antécédents allergiques avérés (fréquentes poussées d'urticaire, oedème de Quincke), elle s'était plainte, la veille et le jour de l'accouchement d'un prurit intense et généralisé.

Il s'agit d'éruptions généralement maculopapuleuses d'apparition soudaine et qui peuvent en quelques heures s'étendre d'une région bien localisée, souvent la face et les téguments de l'abdomen, à toute la surface du corps et plus spécialement à la région fessière et aux extrémités.

Le moment même où se constitue l'érythème est très variable suivant les enfants. Chez certains, presque contemporain de la naissance : lors du premier examen à la recherche des anomalies on noté par l'infirmière qui l'attribue alors souvent aux premiers soins de toilette et à l'action irritante des solutions parfois utilisées ; beaucoup plus fréquemment ce n'est qu'au cours de la deuxième ou de la troisième journée qu'elles sont observées.

L'aspect de ces rash diffère suivant les cas, le plus typique comporte l'association d'éléments maculeux et d'éléments papuleux, le début se faisant généralement par un érythème plus ou moins généralisé, plaques rouges à contours polycycliques, laissant des intervalles de peau saine ; elles s'étendent le plus souvent de façon centrifuge, sur leur surface on note de petits grains un peu plus pâles qui peuvent parfois échapper au regard mais qui, dans d'autres circonstances, sont enchassés dans l'épiderme donnant à la palpation la sensation de granité caractéristique.

Les macules sont parfois très nombreuses réalisant alors un véritable jettage "poivré" Elles peuvent enfin, lorsqu'elles sont plus grandes simuler de petites taches de rousseur ou des éléments urticariens.

Les éléments maculo-papuleux peuvent d'ailleurs parfois exister isolément, soit qu'ils n'aient pas été précédés d'érythème, soit du fait de la disparition du placard érythémateux.

Parfois, ces petites papules sont entourées d'un halo rougeâtre disparaissant à la pression.

L'évolution de cette éruption est extrêmement capricieuse, elle peut se modifier au cours d'une même journée et le plus souvent d'une journée à l'autre.

Assez limitée à une partie du corps, elle peut s'étendre à tous les téguments avec localisation au niveau des paupières présentant alors un aspect bouffi pouvant évoquer un œdème de Quinke limité ; au niveau de la face palmaire de la main et des doigts, les macules sont plus pâles, épaississant les tégu-

ments comme le ferait une urticaire.

Les éléments les plus typiques sont généralement localisés au niveau de l'abdomen de la région fessière ou de la région dorso-lombaire.

Les téguments des bras et des cuisses sont généralement moins atteints et il est fréquent que les avant-bras soient respectés.

L'effacement de ce rash est aussi capricieux que son apparition et son extension, il se fait également de façon centrifuge la coloration pâlit, certaines grosses papules disparaissent et il n'est pas rare que l'on trouve alors un fin granité contrastant avec l'importance de la manifestation initiale.

Il existe cependant des cas où le rash peut s'accroître, les papules devenant presque en plateau, avec un aspect de semis de granulés (LEINER).

Parfois même le stade maculeux est dépassé et il se forme de véritables pustules, plus circonscrites et plus élevées que les éléments précédents, pas aussi fermes, plus superficielles, elles peuvent donner le change avec une petite bulle mais ne prendront jamais la transparence d'une goutte de rosée.

Le contenu de la pustule prélevé, peut difficilement être étendu sur une lame et à condition de ne jamais commettre de faute d'asepsie, l'éruption n'évolue jamais vers la suppuration.

Elle a également pour caractère essentiel d'être bien supportée, n'étant en aucune

façon prurigineuse.

Dans la plupart des cas la disparition complète s'effectue au bout de 3 ou 4 jours au plus, les macules et les papules s'observent plus longtemps dans les territoires les plus riches en éléments et là où elles sont apparues en dernier.

L'éruption reste toujours une manifestation isolée, aucun énanthème, aucune adénopathie, aucun élément infectieux, jamais de muguet associé.

Nous n'avons jamais constaté d'hypertrophie splénique et quelle qu'ait été l'importance du rash, celui-ci s'est toujours comporté comme un élément apyrétique et ne s'est jamais accompagné de manifestation infectieuse quelconque.

La plupart des enfants chez lesquels nous avons relevé l'existence de cette éruption étaient nourris au sein, certains cependant recevaient soit une alimentation mixte, soit du lait industriel.

Il ne semble pas que leur survenue ait coïncidé avec des troubles digestifs particuliers : certes il s'agissait parfois de nourrissons goulus qui prenaient des rations un peu fortes et dont les selles étaient plus fréquentes que de mise.

Mais nous avons vu également l'erythema neonatorum chez des enfants bien réglés dont la prise de poids était satisfaisante et les selles peu nombreuses.

La coexistence d'un erythème fessier du type Leiner-Moussous a été tout à fait exceptionnelle et peut être considérée comme un

Eruption maculo-papuleuse typique
prédominant dans la région
dorso-lombaire —→

-:-





effet du hasard.

Dans tous les cas où des examens des étalements du liquide prélevé a été fait, il a été permis :

- d'éliminer tout élément suppuratif et infectieux, nous n'avons, en effet, comme, les auteurs qui nous ont précédé, jamais mis en évidence d'éléments microbiens, en particulier staphylococciques. Absence confirmée par la culture, demeurée stérile, du prélèvement des petites vésicules,

- de mettre en évidence l'existence et la prédominance d'une réaction cellulaire constituée par un grand nombre d'éosinophiles (la rareté des leucocytes neutrophiles est un argument de plus contre la nature infectieuse de l'erythema neonatorum.

DIAGNOSTIC

-:-

Pour un esprit non prévenu, l'apparition des éléments que nous avons décrits peut être parfois une source d'erreur dont la plus commune consiste à les prendre pour la manifestation d'une infection cutanée (surtout staphylococcique).

Il est arrivé que leur existence soit signalée sous la désignation de pemphigus ; en fait il n'existe aucune ressemblance entre ces deux affections, car si parfois certains éléments peuvent par leur relief et leur transparence évoquer grossièrement l'aspect de petites pustules, en fait, comme nous l'avons vu, ils ne contiennent jamais de liquide purulent et restent de dimension inférieure aux éléments pemphigoïdes.

La dissémination des lésions, l'allure rapide et capricieuse de leur évolution n'est pas en faveur de ce diagnostic, cependant cité pour avoir entraîné des traitements intempestifs par les antibiotiques, inutiles et même nocifs, par les troubles digestifs qu'ils peuvent entraîner.

C'est par erreur que ces éruptions peuvent être attribuées à :

. l'action irritante de la toilette par des soins excessifs (certains auteurs ont

même préconisé de laisser le sébum) ; en ce qui nous concerne, les soins étaient très doux et les substances irritantes écartées ;

. l'action des produits utilisés pour stériliser les langes (perborate, javel), mais l'utilisation de l'autoclave n'a pas empêché l'apparition de l'éruption ;

. l'action médicamenteuse ou toxique :

- par l'emploi des antibiotiques,

- toxi-alimentaire (intolérance au lait, mais la plupart des nouveau-nés étaient nourris au sein, mais il n'y avait pas de troubles digestifs et les selles étaient belles.

Rien de commun avec les sudaminas : il n'y a pas d'éléments aux plis de flexion, les papules s'opposent aux points du sudaminas.

En fait, il n'existe pas de diagnostic différentiel, il suffit d'en savoir l'existence pour les reconnaître au premier coup d'oeil.

PATHOGENIE

-:-

Différentes théories ont été soulevées autrefois.

Pour les auteurs anglais elle résultait d'une évacuation insuffisante du méconium.

DEWEES incriminait une intolérance alimentaire avec un "état acide de l'estomac" provoqué par une alimentation impropre, pour MORO la cause était une "dyspepsie intestinale". LEINER l'attribuait au changement de température, subi par le nouveau-né lors de l'expulsion, provoquant une réaction vaso-motrice

Certains mirent en cause le liquide amniotique, d'autres un facteur héréditaire, mais l'erythema neonatorum est une affection sans lendemain.

La ressemblance très grande de ces éruptions avec les éruptions allergiques a permis à MAYERHOFER de les faire entrer dans le cadre de ces affections.

L'argument supplémentaire apporté par AKERREN qui nota une splénomégalie, exceptionnelle en fait, ne peut pas être retenu, de même que l'hypoprothrombinémie avec anémie, l'éruption décrite par l'auteur ne rentrant pas dans le cadre de notre étude.

Devant l'analogie entre "l'allergie du nourrisson" et la maladie du sérum (Voir PIRQUET et SCHICK), MAYERHOFER déclare pour l'expliquer que des substances protéiques, passant de la mère au fœtus durant la grossesse, agissaient comme des antigènes pour sensibiliser le bébé.

Les anticorps produits n'avaient pas d'effet fâcheux parce que "détoxiqués" et excrétés par le placenta. Mais chez le nourrisson il persistait des anticorps qui ne pouvaient être éliminés et les caractères qui se développaient par la suite étaient les manifestations de la sensibilisation.

SALOMONSEN, de même que J. HARRIS et B. SCHICK, pense que l'éruption est une réaction allergique, mais l'allergène n'a pas été identifié. Pour cela les tests cutanés ne peuvent être utilisés. On sait, en effet, que la peau de l'enfant est incomplètement évoluée, tant au point de vue anatomique que physiologique, ceci concernant, notamment et surtout, le développement du réseau capillaire.

Mais, en faveur de la nature allergique viennent plaider l'absence de signes généraux, la modalité d'apparition et de résolution du rash, la présence d'éosinophiles dans les prélèvements des éléments papuleux et dans le sang périphérique.

L'étude de l'éosinophilie faite systématiquement sur 305 cas par J. HARRIS et B. SCHICK se résume dans le tableau ci-contre :

Age	Nombre de leucocytes	éosinophiles	% en- viron
5 h	27.400	581	3,2
18 h	24.800	580	2,0
24 h	20.800	717	3,7
36 h	17.300	776	4,4
48 h	14.700	636	4,4

Nous savons que le nombre total d'éosinophiles est plus grand chez le nourrisson que chez l'adulte. De plus, il peut y avoir de grandes variations d'un nouveau-né à l'autre.

Ces numérations faites successivement dans les premières heures et jours montrent une augmentation précoce avec diminution progressive vers la fin de la première semaine.

LIPPMAN pensait que le maximum noté à 30 heures pouvait refléter une augmentation de la production d'éosinophiles parce que à ce moment le nombre des leucocytes était abaissé.

L'hémoconcentration suivant la déshydratation du corps dans les premiers jours peut constituer une autre explication.

De récentes investigations tendent à attribuer ces variations à des différences de la fonction adrénocorticale chez

les nouveau-nés, en faveur de cette dernière hypothèse le petit nombre de réponses positives au test de Thorn.

Il n'en demeure pas moins que dans tous les cas d'erythema neonatorum, il a été retrouvé une éosinophilie certaine.

CONCLUSIONS

-:-

L'observation des nouveau-nés fait parfois découvrir chez ces derniers des éruptions maculo-papuleuses de siège variable et multiple, à prédominance abdominale et fessière qui évoluent toujours par poussées successives en quelques jours vers une résolution complète.

Les Traités classiques ne permettent pas de faire entrer ce type d'éruption dans un cadre nosologique précis, cependant de nombreux auteurs se sont attachés à sa description ; mais l'imprécision de cette dernière et la variabilité des termes sous lesquels elle est exprimée ("Red Gum" et "Hives" des auteurs anglais et écossais de la fin du XVIIIème ; Erythème papuleux de STEINER ; erythema dyspepticum de MORO ; erythema toxicum neonatorum de LEINER ; strophulus intertinctus de DEWEES ; erythema de MAYERHOFER et urticaria neonatorum de FINLAY et BAUM) ;

Suffisent à souligner le mystère qui règne encore quant à son étiologie.

Certains arguments (la brutalité d'apparition de l'éruption, le caractère mobile des différents éléments qui la constituent, l'aspect pseudo-urticarien qu'elle revêt, l'absence de toute suppuration et la prédominance d'une réaction éosinophilique locale coe-

existant avec une hyperleucocytose sanguine) permettent cependant de rejeter une origine toxique ou infectieuse et de souligner celle au contraire d'une origine allergique.

Celle-ci pourrait être constituée par le passage anormal dans l'organisme infantile d'une protéine d'origine maternelle provoquant la formation d'anticorps, normalement détruits par le placenta durant la vie intra-utérine. On peut se demander également si certains traumatismes locaux et plus particulièrement l'action irritante de certaines substances utilisées soit pour les premiers soins des téguments soit pour la désinfection des langes de l'enfant ne pourraient être incriminées, mais la variabilité des circonstances dans lesquelles survient l'éruption, l'absence fréquente de toute manœuvre ou de toute substance pouvant être mise en cause, permettent de rejeter cette étiologie.

L'ignorance même dans laquelle on continue à se trouver pour pouvoir expliquer de telles réactions n'en diminue cependant pas l'intérêt pratique. Elles sont en effet assez peu connues et dans de nombreux cas prises pour des éruptions infectieuses (staphylococciques en particulier) une telle ignorance conduit alors à l'application de traitements locaux ou généraux intempestifs qui ne sont pas sans comporter certains inconvénients ; ainsi l'emploi abusif des antibiotiques qui présente le double risque d'exposer l'enfant à des troubles digestifs et d'être à l'origine de la résistance de certains germes (mycoses, staphylocoque).

Vu :
Le Président :
signé : J. VARANGOT

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

-:-

DEWEES

Treatise on the physical and medico-
treatment of children
Ed. Philadelphia 1832

FINLAY M.V.L. and BOUND

Urticaria neonatorum
Arch. Dis. Childhood 1953

GLASER

Allergy in childhood

J. HARRIS et B. SCHICK

Erythema neonatorum
Diseases children
Juillet 1956

LEINER C.

Über eignertije erythemtyper und
Dermatitiden des frühen Saugling-
salten
Leipzig 1912

LIPPMAN

Morphological and quantitative study
of the Blood corpuscles in the
newborn period
Am. J. child. 27 : 473 1924

MAYERHOFER

Erythema neonatorum und allgermeine
Allergie der Neugeborenen 40 : 991,
1927

MORO E.

Über dyspeptische exantheme bei
Säuglingen Gesellsh Kunderh.
12 : 9 1910

SMELLIE W.

A treatise on the theory and practia
of midwifery 1752 pp. 339-341

SALOMONSEN

Textbook of pediatrics
London 1952 Chap. 10 page 239

STEINER J.

Compendium der Kinderkrankherten
fur studiende und Aerzte
Leipzig 1873

Von LEHNDORFF

Allergy in the newborn
An Pediat. 174 : 194-1950

